

Перспективы в нейропсихологической реабилитации афазии

Корсакова Людмила Юрьевна

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Университет «Дубна»», Россия

e-mail: luda21korsakova@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена перспективам развития нейропсихологической реабилитации афазии.

Ключевые слова: нейропсихология, реабилитация, афазия, перспективы.

Prospects for neuropsychological rehabilitation of aphasia

Korsakova Lyudmila Yurievna

State budget educational institution of higher education of the Moscow region «"University" Dubna», Russia

e-mail: luda21korsakova@mail.ru

Abstract. The article is devoted to the prospects of the development of neuropsychological rehabilitation of aphasia.

Keywords: neuropsychology, rehabilitation, aphasia, prospects.

Речь и ее нарушения затрагивают большой круг различных областей знания, таких как общая и детская психология, лингвистика, неврология, нейропсихология, физиология, дефектология, акустика, логопедия и т. д.

Как известно, общение человека с внешним миром в основном происходит с помощью речи, которая представляет собой сложную психическую деятельность, подразделяющуюся на различные виды и формы. Речь помогает человеку выразить переживания и чувства, получать информацию из внешнего мира о чувствах других людей по поводу внутренних и внешних событий их жизни. Она влияет на социальные действия и взаимодействия людей, а также на восприятие физического мира и действий в нем.

«В задачи нейропсихологии входит исследование разных форм патологии речи, возникающих при локальных поражениях мозга» [5, С. 225]. Актуальность проблемы в клинко-психологическом аспекте связана с необходимостью разработки эффективных методов помощи больным людям вновь обрести себя, вернуться к семье, к работе, в окружающий социальный мир и поиске средств для обучения больных повторению, воспроизведению и пониманию речи.

«Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи; афазия включает в себя четыре составляющих – нарушение собственно речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменение личности и личностную реакцию на болезнь» [6, С. 15]. Речь очень сложная функциональная система и состоит из многих афферентных и эфферентных звеньев. В такой системе принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный и др.; каждый из них играет особую роль в основе речи, поэтому ее мозговая организация очень сложна. В зависимости от того, какое из звеньев речевой системы пострадало в результате мозгового поражения, можно выявить форму афазии и более качественно подобрать план реабилитации.

Значение речевых способностей в переработке информации в мозге при взаимодействии с окружающим миром уже несколько столетий остается одной из интересных тем для изучения многими учеными. «Так, в отечественной нейропсихологии, составной частью которой являлось учение об афазии, сформулирован новый концептуальный подход к нарушению ВПФ при локальных поражениях мозга, в том числе и афазии. Новое учение об афазии было создано крупнейшим отечественным психологом А. Р. Лурией, которым был выдвинут новый фундаментальный принцип подхода к дефекту, в том числе и афазии, как к системному нарушению и был осуществлен переход от метода описания дефекта, характерного для классического периода развития психологии и неврологии, к методу его качественного анализа» [7, С. 6].

А. Р. Лурия и его соотечественники первыми вводят иной подход к изучению афазий. Он направлен на сближение данного расстройства с изучением анализа гностических (нарушение ориентировки в окружающей среде) и праксических (нарушение в произношении слов) расстройств и

выделением более элементарных изменений мозговой деятельности, приводящих к этим сложным нарушениям.

Александр Романович Лурия считал, что наиболее перспективным подходом к изучению речевых расстройств будет мультидисциплинарный подход, так как представление об афазии должно заключаться не только в неврологическом явлении, но и в комплексном образовании, которое может быть рассмотрено только в совокупности знаний из нескольких научных дисциплин. Ученый и его последователи разработали концепцию, которая опирается на исследования из разных областей.

Речь, как и все остальные ВПФ человека, является продуктом длительного культурно-исторического развития. Проходя несколько этапов развития, она формируется у ребенка по мере овладения языком и переходит в развернутую систему средств общения и опосредования различных психических процессов.

«Речевая система – это целая совокупность речевых функций, объединенных в единое целое» [5, С. 226]. Однако А. Р. Лурия и его соотечественники подразделяют ее на 4 самостоятельные формы речевой деятельности. Устная и письменная речь относятся к экспрессивной речи, а понимание такой речи (чтение) к импрессивной. Устная речь подразделяется на активную (монологическая и диалогическая речь) и повторную (название объектов, действий и т.д.), а письменная может быть самостоятельной или под диктовку. При локальных поражениях мозга (преимущественно левого полушария у правшей) нарушения распространяются на все формы речевой деятельности и формируется системный дефект с преобладанием нарушения какого-либо из аспектов речи. А. Р. Лурия отмечал, что афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи, а также несмотря на обеспечение членораздельного произношения и сохранения элементарных форм слуха, разрушается понимание обращенной речи.

В соответствии с классификацией А. Р. Лурия, базирующейся на системной динамической локализации высших психических функций, существует 7 форм афазий. Каждая форма связана с нарушением фактора, на котором основывается речевая система, и наблюдается при определенной локализации патологического процесса.

Все афазии можно разделить на 2 класса, а именно: речевые нарушения, связанные с выпадением (нарушением) афферентных звеньев речевой функциональной системы, и афазии, возникающие вследствие поражения ее эфферентных звеньев.

А. Р. Лурия разделил моторную афазию на три типа:

- кинетическую (эфферентную) афазия (пациент утрачивает способность произносить определенные последовательности звуков или слов в результате нарушения формирования кинетической системы тонких движений);

- кинестетическую (афферентную) афазия (пациент утрачивает кинестетические основы артикуляции речи);

- динамическую афазия (пациент испытывает трудности экфоризации (смыслообразующей памяти) целостного выражения, нарушается речевая инициатива, появляется неспособность составить схему выражения).

Кинестетическая афазия похожа на корковую моторную афазия по классификации Вернике-Лихтгейма, а кинестетическую афазия можно сравнить с подкорковой моторной афазией. Динамическая афазия стала рассматриваться как тип транскортикальной моторной афазии.

Лурия описал только два типа сенсорной афазии (поражение задней трети височной извилины левого полушария):

- сенсорную афазия, как тип акустической агнозии (нарушения узнавания явлений и предметов при сохранности сознания и элементарной чувствительности) звуков речи с первичным нарушением фонематического слуха;

- акустико-мнестическую афазия, похожую на транскортикальную сенсорную афазия.

Клиника локальных поражений мозга, к сожалению, на данный момент все еще не имеет достаточного материала для анализа, так как подход А. Р. Лурии и его коллег был введен относительно недавно. Однако на основе проанализированного мною материала можно сделать вывод, что мультидисциплинарный подход к изучению афазии является наиболее полным и значимым в современном мире.

При нарушениях речевых процессов человек переживает огромный стресс, так как не может нормально контактировать с окружающим миром. Подобные нарушения речевых и интеллектуальных умений и навыков возникают часто из-за различных заболеваний головного мозга, таких как, например, инсульт или черепно-мозговая травма. Очень важно помочь людям с такой проблемой, как афазия, вернуться к общественной жизни и труду. В связи с этим перед психологами стоит задача, которая заключается в оказании квалифицированной помощи человеку с таким заболеванием.

«Одним из важнейших требований нейропсихологической реабилитации (НПР) неврологических и нейрохирургических больных является раннее начало реабилитационной работы» [9, С. 11].

Трудности, возникшие в афазии (рассогласование теоретических представлений об афазиях, их классификаций с клиническими фактами и т.д.), потребовали нового подхода к изучению афазии. Концептуальный аппарат нейропсихологии, разработанный А. Р. Лурия и его сотрудниками является научной теоретической основой, которая открывает новое учение о речевых расстройствах и указывает на важность правильного определения формы афазии для реабилитации. Нейропсихологический метод анализа, современные представления о речи дают нам возможность более точно определить форму нарушения.

«Анализ афазии должен проводиться по следующей схеме:

1. Анализ клинической картины и выделение в ней существенных признаков.
2. Выделение основного дефекта.
3. Выделение (прогностически) фактора.
4. Выделение симптомокомплекса.
5. Выделение синдрома на основе симптомокомплекса.
6. Окончательное выделение центрального механизма (фактора).
7. Анализ психологическое картины нарушения речи (памяти, интеллектуальной деятельности и других ВПФ).

Эта схема позволяет структурировать получаемый при обследовании больных материал, отделять существенное от несущественного, проникать в суть нарушения речи или других ВПФ» [9, С. 72].

Наиболее эффективным является применение систем методов, в основе которых лежит восстановительное обучение. НРП требует работы над всей психической сферой субъекта и имеет ряд разных задач, но основная из них не просто приспособление больного к дефекту, а восстановление его высших психических функций.

Общие методы восстановительного обучения и реабилитации больных с локальными поражениями мозга можно поделить на вербальные и невербальные. При подборе рабочего материала к обоим видам необходимо учитывать частность, фонетическую и грамматическую сложность вербального материала и частотность и образность картиночного.

Для невербальных методов восстановления высших психических функций характерна попытка растормозить устную экспрессивную речь, так как она заставляет активизировать правое полушарие, имеющие отношение к деятельности со знаками и включать его в процесс коммуникации. Эти методы можно разделить на 3 части: условно-невербальные методы, метод введения в контекст и метод организации деятельности.

«К условно-невербальным методам восстановления невербальной и вербальной коммуникации относятся и интонационный метод, и метод ритмико-мелодической структуры речи, метод рисования, мимика и жестовая речь, пение, музыка и др. Все они применяются при грубых формах моторной и сенсорной афазий сначала с целью установления контакта и реализации невербального общения, а позже с целью растормаживания и восстановления речи и речевой деятельности» [9, С. 190].

Метод введения в контекст помогает наладить всю психическую сферу субъекта, потому что дефект той или другой психической функции, возникающий вследствие локального поражения мозга, никогда не протекает изолировано.

Сделать человека внимательным – это означает организовать его деятельность, а в этом помогает метод организации деятельности.

Другим важным аспектом нейропсихологической реабилитации являются аудиовизуальные методики и их роль в восстановлении речи при афазии. Специфические дефекты ВПФ, возникающие при локальных поражениях мозга часто сопровождаются рядом неспецифических общемозговых дефектов (общее снижение активности коры мозга, сужение объема и снижение темпа восприятия, увеличение времени, необходимого для переработки поступающей информации), что усложняет клиническую картину проявления основного дефекта психических процессов, хотя они и не затрагивают структуры процессов.

Л. С. Цветкова разработала группу специальных аудиовизуальных методов, помогающих преодолевать специфические и неспецифические дефекты. Например, метод просмотра больными кинокадров, метод озвученного чтения (синхронное чтение и прослушивание текста) и «магнитофонный метод».

Значение всех выше перечисленных методик заключается в возможности создания наиболее оптимальным условий для активного контроля за больными для восстановления речи и в возможности самостоятельного заочного обучения.

Другим важным элементом реабилитации является восстановление устной экспрессивной речи. «Устная разговорная речь опирается на два основных вида связи – на синтагматическую организацию, т.е. связанность высказывания, и на парадигматическую организацию слов, вводящую слово в определенную систему значений» [9, С. 205].

Нарушение устной экспрессивной речи является ведущим симптомом трех форм афазии – эфферентной и афферентной моторной и динамической.

Несмотря на то, что механизмы расстройства и картина его протекания разные, а соответственно и задачи восстановительного обучения не одинаковы, вся реабилитация стремится к общей цели – восстановлению устной разговорной речи. Основным подходом к реабилитации больного с эфферентной моторной афазией является попытка совместно со специалистом преодолеть дефект инертности протекания нервных процессов, восстановить способность к переключению с одной вербальной единицы на другую и преодолеть персеверации (однотипные постоянные повторения). Для восстановления подопечного с афферентной моторной афазией необходимо работать над преодолением отклонений, связанных с кинестетическим анализом звука. Восстановление речи у больных с динамической афазией ставит перед собой задачу изменить уровень интактивности (планирования моделей, которые необходимы для жизни).

Все методики НРП, которые связаны с восстановлением устной экспрессивной речи основываются на замене нарушенной функции с помощью новых функциональных систем и на основе включения в работу сохранных анализаторов.

Выше отмечалось, что понимание речи не простой и многоуровневый процесс, который использует различные средства для увеличения точности осознания значения и смысла текста, то есть использованию устной импрессивной речи. Ее главными центральными механизмами являются процессы звукоподрождения, удержания вербальной информации в оперативной памяти и процесс перешифровки логико-грамматических конструкций на единицы значения, а также объем воспринимаемого.

Нарушение понимания речи выступает в качестве ведущего симптома трех форм афазии – сенсорной (необходимо преодоление дефекта фонематического слуха и восстановление процесса звуко различения), акустико-мнестической (необходимо преодоление дефектов слухоречевой памяти и сужения объема слухового восприятия, восстановление предметных образов) и семантической (необходимо обучение ориентировки в пространстве из-за нарушений понимания многих логико-грамматических конструкций).

«Важнейшим звеном в нейропсихологической практике является установление контакта с больным, что является результатом сплава научных познаний нейропсихолога (педагога, врача, логопеда) и его умений вступать в контакт с больными людьми, искусства общения. Однако в этой неформализуемой (или трудно формализуемой) части обучения имеется и ряд методов, которые показали свою эффективность. Интонация, жесты, форма общения с больным, содержание бесед – все это должно быть выверено в

индивидуализировано для каждого больного, так как эта часть взаимодействия является средством реализации гуманного отношения к больному, его недугу, желанию и умению ему помочь» [9, С. 407-408].

Особая актуальность изучения речевых расстройств связана с тем, что органические поражения мешают человеку гармонично существовать в мире. Они осложняют личную, семейную и в целом социальную жизнь человека. Таким людям необходима помощь и правильная коррекционная работа. Как показывают многочисленные клинические и психолого-педагогические исследования, психика человека сложная и многоуровневая система, а нарушение какой-либо «ячейки» этого механизма ведет к серьезным проблемам во всем функционировании.

Одной из важных научных основ подхода к проблеме афазии явилась теория о системно-динамической локализации ВПФ. На ее основе А. Р. Лурия и его сотрудники смогли разработать методику определения формы нарушений и план ее реабилитации соответственно. В их работах показано, что виды афазий бывают разные и к каждой форме нарушения нужен свой определенный подход и анализ.

Существуют разные формы и методы организации нейропсихологической реабилитации больных, но для качественного восстановления речевых процессов необходимо их комбинировать. Они должны включать в себя индивидуальный урок и групповые занятия. Однако разработка методов и способов взаимодействия этих двух форм восстановительного обучения – дело будущего и экспериментальные исследования в этом направлении пока еще на стадии развития.

А. Р. Лурия писал: «Мозг человека является органом, регулирующим всю его деятельность, и поражения мозга, которые носят обычно стойкий характер, надолго выключают человека из работы, а иногда даже и из нормального общения с окружающими и нормальных жизненных отношений. Какими путями такой больной может быть включен в общественную трудовую жизнь? Какие меры должны быть приняты для того, чтобы такое включение в жизнь пошло по наиболее рациональным путям?». К сожалению, ответа на поставленные ученым вопросы все еще нет. Однако хочется надеяться, что в ближайшем будущем они появятся, а мы сможем оказывать квалифицированную помощь больным с речевыми расстройствами и другими нарушениями высших психических функций.

Список литературы:

1. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб.: Питер, 2008. 624 с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведения. 6-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 384 с.
3. Палмер Д. Эволюционная психология: Секреты поведения Homo sapiens. ОЛМА Медиа Групп, 2003. 382 с.
4. Тонконогий И.М., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 528 с.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология: учебник для вузов. (+CD-ROM). СПб.: ПИТЕР, 2016. 496 с.
6. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. Изд. «Просвещение», М., 1988.
7. Цветкова Л.С., Торчуа Н. Г. Афазия и восприятие. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. 176 с.
8. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М.: Просвещение – АО «Учеб. Лит.», 1995. 304 с.
9. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: Учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. 424 с.

References:

1. Lurija A.R. Vysshie korkovye funkicii cheloveka. SPb.: Piter, 2008. 624 s.
2. Lurija A.R. Osnovy nejropsihologii: ucheb. posobie dlja stud. vyssh. ucheb. zavedenie. 6-e izd., ster. M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2008. 384 s.
3. Palmer D. Jevoljucionnaja psihologija: Sekrety povedenija Homo sapiens. OLMA Media Grupp, 2003. 382 s.
4. Tonkonogij I.M., Puante A. Klinicheskaja nejropsihologija. Sankt-Peterburg : Piter, 2007. 528 s.
5. Homskaja E.D. Nejropsihologija: uchebnik dlja vuzov. (+CD-ROM). SPB.: PITER, 2016. 496 s.
6. Cvetkova L.S. Afazija i vosstanovitel'noe obuchenie. Izd. «Prosveshhenie», M., 1988.
7. Cvetkova L.S., Torchua N. G. Afazija i vosprijatie. M.: Izdatel'stvo «Institut prakticheskoi psihologii», Voronezh: NPO «MODJeK», 1997. 176 s.

8. Cvetkova L.S. Mozg i intellekt: Narushenie i vosstanovlenie intellektual'noj dejatel'nosti. M.: Prosveshhenie – AO «Ucheb. Lit.», 1995. 304 s.
9. Cvetkova L.S. Nejropsihologicheskaja rehabilitacija bol'nyh. Rech' i intellektual'naja dejatel'nost': Ucheb. posobie. 2-e izd., ispr. i dop. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo psihologo-social'nogo instituta; Voronezh: Izdatel'stvo NPO «MODJeK», 2004. 424 s.

Сведения об авторе:

Корсакова Людмила Юрьевна, студент факультета социальных и гуманитарных наук по специальности «клиническая психология», Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Университет «Дубна»» (Дубна, Россия)